



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA



UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Clínica Universitária de Psiquiatria

Director: Professor Doutor Daniel Sampaio

Medo da Recorrência e Medo da Progressão em Doentes Oncológicos

Discente: Sara Daniela Alves Marinho

Orientador: Professor Doutor António Barbosa

Lisboa, Dezembro 2015

ÍNDICE

Resumo.....	3
Abstract.....	4
Lista de Abreviaturas.....	5
Introdução.....	6
Metodologia.....	7
Resultados e Discussão.....	8
Medo da Recorrência e Medo da Progressão – Definição	8
Medo da Progressão e o Medo da Recorrência em Doentes Crónicos.....	8
Doentes Oncológicos e o Medo da Recorrência ou Progressão	9
Medo da Recorrência em Doentes com Cancro da Próstata	12
Medo da Recorrência em Doentes com Cancro da Mama.....	14
Opções Terapêuticas Disponíveis e Novas Propostas.....	16
Opções Terapêuticas Disponíveis	18
Novas Propostas Terapêuticas	18
Conclusão.....	21
Agradecimentos.....	23
Bibliografia.....	24

RESUMO

O Medo da Recorrência (MR) e da Progressão (MP) são frequentes em diversas doenças crónicas, sendo uma resposta normal e adequada face a este tipo de patologias. No entanto, quando presentes de forma desregulada, acabam por ter um elevado impacto na qualidade de vida dos doentes e no seu dia-a-dia.

Uma grande fatia dos doentes com níveis elevados de MR ou MP corresponde aos doentes oncológicos, o que assume grande relevância actualmente, uma vez que se estima que cerca de 1/5 da população mundial com mais de 65 anos é um sobrevivente oncológico.

Cada um dos diferentes tipos de cancro implica necessidades muito específicas, assim como cada doente, sendo necessário conhecer não só a realidade do doente, bem como da sua doença. Em Portugal, o cancro da mama e o cancro da próstata são os que apresentam maior incidência, assumindo assim particular relevância no estudo do MR e MP a nível nacional.

Apesar do seu impacto, ainda não existe consenso quanto à definição de MR ou MP, à melhor forma de proceder à sua avaliação nem ao seu tratamento.

Esperamos que este trabalho de revisão da informação existente até à sua data de publicação contribua para uma sensibilização relativamente à importância do tema.

Palavras-chave: Medo da Recorrência, Medo da Progressão, Psico-Oncologia, Oncologia e Cancro.

ABSTRACT

Fear of Recurrence (FR) and Fear of Progression (FP) are very common in several chronic diseases and they emerge as a normal and adequate response to it. However, when they reach high levels, they can have a significant impact on the patients' quality of life and on their daily basic activities.

A big percentage of patients with high levels of FR or FP are cancer patients, which is currently gaining great relevance since 1/5 of the population over 65 years old worldwide is a cancer survivor.

Each type of cancer has very specific needs, and so does each patient, which is why we need to understand not only the reality of the disease but the one of the patients' as well. In Portugal, breast cancer and prostate cancer are the ones with the highest incidence, therefore, bearing them in mind is very relevant whilst studying the national reality.

Despite their impact, currently there is no scientific consensus about the definition of FR and FP, about the best way to evaluate it, nor about the best treatment option.

We hope that this review of the literature published at the date of this work can contribute to a bigger awareness of its importance.

Key words: Fear of Recurrence, Fear of Progression, Psycho-Oncology, Oncology and Cancer

LISTA DE ABREVIATURAS

DALY: *Disability-Adjusted Life Year*

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

MBSR: *Mindfulness Based Stress Reduction*

MP: Medo da Progressão

MPC: Mastectomia(s) Profilática(s) Contralateral(ais)

MR: Medo da Recorrência

PSA: *Prostate-Specific Antigen*

SNS: Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

Estar gravemente doente provoca medo ou preocupação, relacionados quer com a doença em si, com o seu tratamento, mas também com as consequências psicossociais que acarreta para o doente. ^[1]

O Medo da Recorrência e o Medo da Progressão são respostas normais e perfeitamente adequadas quando o doente se vê confrontado com uma situação crónica, por vezes com uma progressão e/ou desfecho pouco favoráveis, podendo culminar com uma incapacidade permanente ou até mesmo na morte. ^[42]

Uma das populações em que esta realidade é mais prevalente é dentro dos sobreviventes oncológicos, apresentando taxas de prevalência de 24% a 70%. ^[12] A previsão para a evolução da incidência de cancro em Portugal é de 45.000 casos em 2015, para 55.000 casos em 2030. ^[10] O aumento de novos casos, bem como do número dos sobreviventes oncológicos, coloca novos desafios, quer a nível de enquadramento clínico e social, quer a nível de resposta dada pelo Serviço Nacional de Saúde às necessidades que estes doentes irão apresentar durante o seu *follow up*. ^[10, 47]

A elaboração desta revisão da literatura pretende, a partir de um processo de pesquisa, selecção e síntese de estudos sobre o tema, contribuir para a compreensão do conceito de MR e de MP, quais as suas especificidades nas diferentes populações afectadas, aprofundar a realidade dos doentes com cancro da próstata e com cancro da mama, por serem os que apresentam maior expressão a nível de incidência na população portuguesa, rever as opções terapêuticas actualmente disponíveis e quais as perspectivas de novos tratamentos na área.

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre o MR e MP em doentes oncológicos, de acordo com uma estrutura própria previamente definida, revendo informação sobre a definição do MR e MP, a realidade do MR e do MP em doentes crónicos, o MR em doentes oncológicos, opções terapêuticas disponíveis e as novas propostas de intervenções.

METODOLOGIA

Após ter definido quais os objectivos essenciais da revisão a que me proponho, realizei uma pesquisa organizada através da base de dados *Pubmed*, utilizando as expressões “Fear of Recurrence”, “Fear of Progression”, “Coping”, “Psycho-Oncology” e “Illness-Related Fears”, para um reconhecimento relativamente ao conteúdo a que me propunha abordar mais profundamente.

Para a pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Filtro Cronológico: 01/01/2001 – 03/08/2015,
- Possibilidade de acesso ao texto completo e gratuito.

Posteriormente a ter realizado uma leitura integral de todos os artigos, foram utilizados 51 artigos, tendo em conta a sua relevância, actualidade e fiabilidade. Os restantes foram excluídos por não apresentarem informação relevante para os objectivos definidos.

Adicionalmente a esta pesquisa, foi utilizada informação e dados epidemiológicos da Direcção-Geral da Saúde, *Portugal – Doenças Oncológicas em números*.

Os resultados deste artigo respeitarão a análise e a discussão da pesquisa efectuada numa estrutura própria: Medo da Recorrência e Medo da Progressão – Definição, Medo da Progressão e o Medo da Recorrência em Doentes Crónicos, Doentes Oncológicos e o Medo da Recorrência e Opções Terapêuticas Disponíveis e Novas Propostas Terapêuticas.

.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MEDO DA RECORRÊNCIA E MEDO DA PROGRESSÃO – DEFINIÇÃO

O medo da progressão (MP) ou o medo da recorrência (MR) é a designação dada ao medo que o doente sente da progressão da doença, com todas as consequências biopsicossociais implicadas, ou ao medo de que a doença vai recorrer, no mesmo órgão inicialmente afectado ou noutra parte do corpo. ^[1, 2] Também é conhecido por Síndrome de Dâmocles, pois tal como Dâmocles, os doentes sentem que viver com o peso da recorrência é como ter de viver com o medo de ter uma espada pendente a pairar sobre si, presa apenas por um fio. ^[3, 4] Não é um medo vivenciado apenas pelo doente mas também pelo seu parceiro e pelas pessoas que lhe são mais próximas. ^[24] Aproximadamente 30 a 50% dos sobreviventes oncológicos referem ter necessidades que não são atendidas no seu follow-up, nomeadamente a nível de apoio psicológico, físico e social, bem como, mais concretamente, de *coping* com o MR. ^[45, 47]

Actualmente, dentro da comunidade científica, ainda não existe um consenso quanto à definição do que pode ser considerado um nível clínico de MR, nem quanto à uniformização do melhor método de o avaliar e quantificar, o que dificulta a interpretação das suas taxas de prevalência apresentadas em diferentes estudos, que podem por vezes ser díspares. ^[34, 36] Esta ausência de um enquadramento teórico, assente em bases sólidas, tem atrasado o desenvolvimento de uma melhor compreensão e, por consequente, de um melhor tratamento para o MR. ^[37]

MEDO DA PROGRESSÃO E O MEDO DA RECORRÊNCIA EM DOENTES CRÓNICOS

O MP e o MR são frequentes em doenças crónicas, fora da esfera da oncologia, como na diabetes *mellitus*, em doenças neurológicas, em doenças do foro reumatológico, como a artrite reumatóide, em doenças do foro da pneumologia, como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou em patologias cardiovasculares. ^[2] Não estão, assim, restritos a sobreviventes de doenças oncológicas nem a doentes com patologias classicamente associadas a piores *outcomes*, estando, no entanto, presentes de forma mais predominante em doenças cujo percurso é menos controlável e mais incerto. ^[38]

Estes doentes evidenciam medos muito específicos da sua doença, da sintomatologia que apresentam e das suas consequências, requerendo uma abordagem específica em cada um dos casos. Por exemplo, em doentes com DPOC, o MP está associado a diminuição da qualidade de vida e a uma fase mais terminal, de fim de vida. [24]

O MP não tem apenas impacto no doente mas também na sua família e naqueles que lhe são mais próximos, verificando-se nestes, muitas vezes, alguma relutância em discutir o impacto que o MP tem neles próprios, principalmente na presença do doente, o que pode vir a acarretar implicações quer a curto, quer a longo prazo, na sua dinâmica relacional. [38]

É importante explicar ao doente que estes medos são realistas e que o MP é uma resposta normal e adequada a este tipo de patologias: situações crónicas, com um *outcome* pouco favorável ou que comportam um elevado risco de incapacidade permanente para o doente. [42] No entanto, é necessário que o médico responsável pelo seguimento do doente fique atento a situações em que o MP se apresenta de forma exagerada face à situação em questão ou em que está presente durante um período de tempo muito superior ao que seria previsível, uma vez que pode ter impacto na adesão ao tratamento, na qualidade de vida, capacidade de concentração, tomar decisões, padrões de sono ou mesmo na inserção e funcionamento social do doente. [1, 12]

DOENTES ONCOLÓGICOS E O MEDO DA RECORRÊNCIA OU PROGRESSÃO

A notícia do diagnóstico de um cancro apresenta-se como um desafio psicológico para a pessoa afectada, com um impacto significativo na sua qualidade de vida, o que é documentado quer por um aumento dos níveis de ansiedade, quer por um aumento dos casos de depressão nestes indivíduos. O principal motivo de consulta de psicologia referido por estes doentes é a necessidade de ajuda especializada para lidar com ansiedade aguda e com preocupações que surgiram na sequência do diagnóstico. [13] Os doentes que se adaptam de uma forma mais negativa à doença oncológica reportam mais necessidades não correspondidas, a nível de apoio, por parte dos serviços de saúde. [19, 34]

O MR ou MP no âmbito da oncologia abrange uma esfera alargada de medos e receios, relacionados, por exemplo, com o cancro em si, com a possibilidade de este vir a recorrer ou de vir a desenvolver metástases, com as consultas e com os exames de seguimento, com a possibilidade de ter de vir a depender de outra pessoa para desempenhar as suas actividades

de vida diárias, bem como ainda com as suas perspectivas de futuro, com a possibilidade de ficar incapacitado ou de morrer. ^[12] A intolerância da incerteza, ou seja, a tendência do indivíduo a interpretar esta como sendo algo inaceitável ou ameaçador, que por sua vez o predispõe a lidar com algumas situações de forma negativa e inflexível, pode também contribuir para níveis elevados de *stress* nestes doentes, ainda mais sendo a incerteza uma parte inevitável da oncologia. ^[14] Os doentes reportam ainda sentir ansiedade sobre a possibilidade de terem células cancerígenas no seu corpo, de o seu médico assistente não ter sido minucioso ou de este não ter muito controlo sobre a sua saúde, o que permite inferir que se os doentes estiverem descontentes com o seu tratamento, isto terá implicações directas sobre os níveis de MR que apresentam. ^[17]

Em doentes oncológicos, com cancro da mama, ovário, cólon, pulmão ou próstata, o MR ocupa um lugar de destaque no que diz respeito às suas principais preocupações, sendo listado em primeiro ou segundo lugar. ^[4] Foram encontradas taxas de prevalência de MR ou MP de 24% a 70% em doentes oncológicos, que podem persistir durante muitos anos após ter sido feito o diagnóstico, sendo que as diferentes taxas de recorrência nas diferentes doenças oncológicas podem influenciar directamente as taxas e a intensidade do MR. ^[12, 39]

Estes valores elevados de prevalência de MR assumem particular relevância actualmente, uma vez que se presume que, em todo mundo, cerca de 1/5 da população com mais de 65 anos é um sobrevivente oncológico. ^[28] Estes números realçam a importância de os médicos assistentes estarem mais alerta para a forma como os sobreviventes lidam com os efeitos crónicos ou tardios da sua doença e/ou do seu tratamento. ^[41] Num estudo efectuado em 883 doentes oncológicos, Mehnert, A. et al (2013), reportaram níveis de MR moderados a elevados presentes em mais de 2/3 dos doentes, no follow-up feito 1 ano após o diagnóstico. Nos doentes que sofreram uma recorrência da doença, os seus níveis de MP da doença são mais elevados do que os doentes sem metástases ou sem recorrência. ^[20]

Além disto, nestes doentes, níveis elevados de MR estão associados a incapacidade em se adaptar ao *stress*, níveis mais elevados de ansiedade (e indivíduos vulneráveis à ansiedade demonstram um viés de atenção em relação à informação vista como ameaçadora), depressão, quadros com sintomatologia característica de stress pós-traumático, a medo de morrer e a uma diminuição drástica da qualidade de vida, podendo inclusive exibir sintomas físicos de dor, fadiga e mesmo após o fim do tratamento. ^[9, 31] Os doentes com níveis mais elevados de MR

reportam também perturbações do sono, nomeadamente diminuição na sua qualidade, o que por sua vez tem impacto directo na qualidade de vida. ^[35]

Níveis mais elevados de MR estão mais presentes em doentes com outras co-morbilidades, e menos presentes em doentes com mais escolaridade, provavelmente porque têm ferramentas que lhes permitem compreender melhor a doença e desenvolver estratégias de *coping* mais eficazes. ^[19, 21] Estão também mais presentes em doentes do sexo feminino, com idade jovem, o que pode ser explicado por não ser um diagnóstico expectável nesta faixa etária, por terem mais responsabilidades financeiras e familiares, no caso de doentes com filhos ainda dependentes, e por terem ainda menos resiliência psicológica. ^[4, 6] Estudos recentes demonstram que o MR está presente em até 70% dos indivíduos que fazem parte daquilo a que designamos como “grupos vulneráveis” de sobreviventes oncológicos (por exemplo, as doentes jovens com cancro da mama detectado em fases iniciais). ^[2] No entanto, no que diz respeito aos factores preditivos do MR, é preciso não descurar nem desvalorizar o contexto social e cultural em que o doente se encontra inserido, bem como as características da sua doença. ^[48]

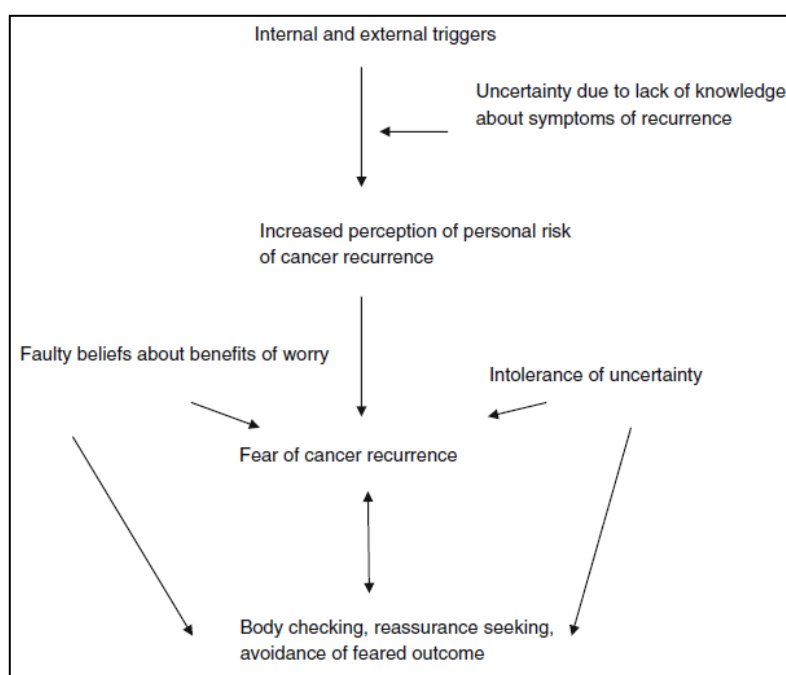
Nos sobreviventes, o MR está presente em cerca de 68% e pode ser de tal maneira intenso que provoca uma elevada sobrecarga psicológica no doente, caracterizada por preocupação crónica, um estado de hipervigilância diária para eventuais sinais e sintomas que o doente interpreta como sendo sinónimos do regresso do cancro e evitação de situações, ou até mesmo de lugares ou pessoas, que o doente associa ao cancro e que despoletam memórias desta fase da sua vida. Pode inclusive persistir durante muitos anos, mesmo depois de o tratamento ter terminado e até quando o risco de recorrência é baixo. ^[7]

Dados recentes indicam que doentes com níveis elevados de MR apresentam grande relutância em deixarem de ser seguidos no *follow-up* por um especialista e em seu lugar, serem acompanhados, por exemplo, pelo médico de família, apresentando como justificação o receio de que o médico de família não seja tão exaustivo no acompanhamento e que o seguimento perca qualidade. ^[3, 18] Os sintomas físicos, mesmo os benignos, podem servir como *trigger* que recordam os doentes das suas vulnerabilidades, aumentando os níveis de ansiedade, levando então estes doentes a recorrerem ao seu especialista para obterem alguma tranquilidade. ^[18]

Estes doentes também recorrem mais a consultas e a terapêuticas da área da Medicina Alternativa, têm tendência a consumir mais medicamentos, frequentam mais grupos de apoio

e procuram mais consultas não agendadas com médico responsável pelo seu *follow-up*.^[4] Existe ainda a facção dos doentes com níveis elevados de MR que evitam consultas de rotina agendadas ou exames com o objectivo de detectar a recorrência numa fase ainda precoce, acabando posteriormente por necessitar de tratamentos mais invasivos do que aqueles que seriam necessários.^[49] Ambos os grupos parecem demonstrar que estes doentes, sem um acompanhamento apropriado para o seu MR, representam uma sobrecarga financeira para o próprio, para a sua família e para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) do que aquilo que seria realmente necessário.^[37]

Ilustração 1: Enquadramento Teórico do MR



Fonte: Lebel, S. et al (2014)

Em seguida, serão abordados mais especificamente os problemas dos doentes com cancro da próstata e cancro da mama, por serem os que apresentam maior expressão a nível de incidência na população portuguesa.^[10]

Medo da Recorrência em Doentes com Cancro da Próstata

O cancro da próstata é o cancro com maior prevalência a nível nacional, apesar de esta ter vindo a sofrer oscilações desde 2005.^[10] Nos Estados Unidos da América, estima-se que aproximadamente 1 em cada 7 homens serão diagnosticados com cancro da próstata durante a sua vida.^[14] No entanto, nos países desenvolvidos, a sobrevivência tem vindo a aumentar,

muito graças a progressos assentes a nível da detecção precoce e de estratégias de tratamento. ^[15] A taxa relativa de sobrevivência a 5 anos, nesta população, aumentou de 67% para 99% nos últimos 20 anos. ^[16]

Apesar destes avanços, muitos sobreviventes correm o risco de sofrer sequelas físicas e psicossociais no período do pós-tratamento. ^[16] Nesta população de doentes, têm sido reportados problemas, por cerca de 27-52% dos sobreviventes, a nível cognitivo, como por exemplo, diminuição da atenção, concentração, memória e capacidade de planeamento, com impacto significativo na sua qualidade de vida. Estes problemas podem continuar presentes 3 a 5 anos após ter sido concluído o tratamento. ^[14] Cerca de 25% dos doentes refere que a informação, bem como o apoio disponibilizados, não correspondem às suas necessidades. Outro problema levantado é de que o *follow-up* e os cuidados de apoio ainda apresentam muitas deficiências. ^[15]

O cancro da próstata tem, caracteristicamente, na vasta maioria dos casos, uma história natural longa, sendo utilizada como ferramenta de vigilância as oscilações do *Prostate-Specific Antigen* (PSA), acabando as mesmas por se transformarem num factor gerador de ansiedade para os doentes, tornando-se importante perceber a forma como estes factores, juntamente com o MR, exercem influência sobre a qualidade de vida. ^[16, 17]

O MR pode variar a nível de intensidade à medida que o tempo progride mas continua a ser problemático nos sobreviventes, a curto e a longo prazo. ^[16] No estudo realizado por Watson, E. et al (2015), o MR é o terceiro problema mais prevalente reportado por esta população, sendo que os problemas a nível da esfera sexual ocupam o primeiro lugar e as preocupações com entes queridos o segundo.

Bellizzi, K. M. et al (2008) concluíram que os doentes que apresentavam melhorias quanto aos níveis de MR, apresentavam também melhor saúde física e mental e menos sintomatologia após o tratamento específico para o cancro da próstata, ou seja, melhor qualidade de vida, uma conclusão semelhante àquela que foi feita por Hart, S. L. et al (2008). Hart, S. L. et al (2008) concluíram também que, nestes doentes, a satisfação com o tratamento e uma boa relação de confiança com o seu médico assistente têm um impacto significativo nos níveis de MR.

Medo da Recorrência em Doentes com Cancro da Mama

O cancro da mama assume um papel de relevo no que diz respeito ao panorama de incidência de tumores malignos, por ser o segundo mais frequente na população portuguesa, a seguir ao cancro da próstata, tendo esta incidência vindo a aumentar de forma gradual e progressiva desde 2005. ^[10] Estima-se que nos países ocidentais, 1 em cada 8-10 mulheres será diagnosticada com cancro da mama durante a sua vida. ^[46] No entanto, a taxa de sobrevivência a 5 anos após o diagnóstico tem vindo a melhorar, variando entre 49 a 98% nas doentes sem metástases, consoante o estadio em que é detectado, e atingindo os 25% nas doentes com estadio IV (metástases à distância). ^[51]

O MR em doentes com cancro da mama apresenta taxas de prevalência entre os 25-97%, sendo esta variação explicada em parte pela utilização de ferramentas de avaliação diferentes, com conceitos subjacentes diferentes. ^[22]

Na população de doentes com cancro da mama, o MR tem sido associado a doentes com idade jovem (idade <45 anos), com filhos, que apresentem níveis elevados de sintomatologia física ou neurotóxica (como consequência dos tratamentos oncológicos), com traços ansiosos de personalidade, com baixo apoio social ou familiar, e que apresentem baixos níveis de optimismo ou de auto-estima. ^[12]

20% dos casos de cancro da mama afectam doentes com idade inferior a 50 anos, ou seja, em mulheres jovens. ^[44] Destas, cerca de 70% apresentam níveis elevados de MR, 25% declararam que o MR tem um impacto considerável no seu humor e 19% afirmaram que chega mesmo a ter um impacto considerável no que diz respeito à sua capacidade de planear o futuro ou de estabelecer metas e objectivos. ^[3, 6]

Existe o risco nestas doentes de uma menopausa precoce, como efeito de alguns tipos de quimioterapia e terapêuticas hormonais, e existe também nestas doentes a concepção errada que a gravidez e as suas alterações fisiológicas e hormonais aumentam o risco de recorrência, que são questões que assumem um peso importante e que devem ser abordadas, tendo em conta que então cerca de 20% destas doentes estão ainda numa faixa etária em que a maternidade pode fazer parte de um futuro próximo. ^[6, 43] Nesta faixa etária, não podemos descurar o papel da parentalidade na vida destas doentes, quer a curto ou a longo prazo, o que combinado com o peso do *coping* com a doença, pode ser fonte de mais *stress* e angústia, por não saberem como comunicar com as crianças sobre o cancro, como ajudá-las a lidar com a

doença, nem como equilibrar as necessidades das crianças com as da sua doença.^[27] Existe também um sentimento de culpa relativamente à possibilidade de não resistirem à doença e de não poderem estar presentes em momentos importantes da vida dos filhos, nem no seu crescimento ou educação.^[32]

Nas últimas décadas, no que diz respeito ao tratamento do cancro da mama, assistimos a um avanço da Medicina que permitiu reduzir a mortalidade em casos detectados ainda em fases precoces de desenvolvimento, aumentando, por outro lado, a janela de tempo em que estas mulheres vivem com a doença.^[3, 26] Para mulheres ainda pré-menopausicas, com o diagnóstico de cancro da mama, o risco anual de virem a ter uma recorrência da patologia ronda os 7,5%, que desce para 1,8% 12 anos após o diagnóstico.^[3] Apesar de todos estes avanços, o MR continua a ser um problema para estas mulheres, interferindo com a sua qualidade de vida e com o seu dia-a-dia: em sobreviventes de longo termo (≥ 5 anos após o diagnóstico), foram reportadas taxas de MR moderado a elevado em 26% das doentes.^[22]

Apesar de o risco de recorrência ser baixo, como já vimos anteriormente, e o risco de desenvolver cancro da mama contralateralmente ser de cerca de 0,5%, tem-se assistido a um aumento nas mastectomias profiláticas contralaterais (MPC) nos Estados Unidos da América, o que levanta a questão de quais serão os factores psicológicos e sociais associados a esta opção.^[29] Num estudo realizado por Soran, A. et al (2013), em 206 mulheres que optaram por MPC, 95,2% refere que o MR foi o factor que mais influenciou esta decisão e em 42,4% dos casos, essa decisão foi encorajada pelo seu médico assistente. Uma doente abalada pelo diagnóstico de um cancro da mama, convencida de que a MPC lhe trará benefícios, poderá não ser capaz de processar os argumentos contra este procedimento e optar pela opção radical, que, a seu ver, lhe trará alguma segurança.^[30] Postula-se então a hipótese de que se a estas doentes fosse oferecido o apoio que necessitavam para lidar com o seu MR, provavelmente menos doentes optariam por uma opção terapêutica que não reduz o risco de uma recorrência sistémica nem tem demonstrado aumentar a sobrevivência no geral.^[29, 40]

Mesmo em mulheres sem a doença mas com história familiar de cancro da mama, verifica-se o peso e a sombra da mesma na sua vida, apresentando elevados níveis de *stress* e de preocupação, bem como pensamentos intrusivos sobre a possibilidade de elas próprias virem a desenvolver a doença.^[6]

Assim sendo, devido à alta incidência de MR nesta população e pelas taxas relativamente altas de sobrevivência livres de doença, é importante perceber melhor quais os factores

psicossociais por detrás do MR e tentar arranjar opções terapêuticas mais adaptadas à realidade desta população, de cada indivíduo e do momento em que este o experiencia, uma vez que a forma como o MR é vivenciado apresenta uma enorme heterogeneidade. ^[23] Por exemplo, estudos recentes indicam que os problemas reportados a longo prazo por sobreviventes de uma idade mais jovem diferem dos problemas reportados pelas doentes mais velhas: apresentam mais sintomatologia depressiva, níveis mais elevados de ansiedade, fadiga, dificuldades de atenção, alterações do padrão de sono, problemas de imagem corporal e disfunções sexuais. ^[43]

OPÇÕES TERAPÊUTICAS DISPONÍVEIS E NOVAS PROPOSTAS

A perspectiva actual do cuidado de doentes com doenças crónicas, como o cancro, tem como referência de cuidados de qualidade os cuidados centrados no doente, o que envolve mais do que o tratamento para o cancro em si: implica também cuidados de suporte variados para o doente e para os seus entes queridos, durante todo o processo de pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento, cura, morte ou de luto, englobando os efeitos físicos, psicológicos e psicossociais do cancro. ^[11]

Na lista de problemas psicossociais mais frequentemente supracitados por doentes oncológicos, a falta de apoio e de orientação para lidar com o MR e com o MP ocupam os lugares de maior destaque, principalmente durante as fases de tratamento e no pós-tratamento. Estas necessidades apresentadas pelos doentes e que não são resolvidas têm um enorme efeito no seu bem-estar, sendo assim possível inferir o peso que acarretam no seu dia-a-dia. ^[11] Assim, o desenvolvimento de uma melhor relação médico-doente, fornecendo informação adequada sobre o prognóstico e opções de tratamento, ajudando a aceitar a incerteza associada a este diagnóstico, pode ajudar a reduzir o MR e a restabelecer a qualidade de vida destes doentes. ^[17] Os doentes em que esta falta de apoio e de orientação tende a ser mais prevalente são os sobreviventes de cancro detectado num estadio mais avançado da doença e os doentes desempregados. ^[19]

Uma parte significativa das consultas de follow-up é passada a debater a probabilidade do cancro recorrer, o que sugere que intervenções que visem diminuir o MR possam ter impacto no tempo dedicado a este tema, reduzindo o tempo da consulta, com eventuais benefícios a nível de custo. ^[2] Uma psico-educação feita pelo médico assistente, que forneça informação e

conselhos sobre possíveis sinais e sintomas indicativos de uma eventual recorrência, aos quais o doente deva estar atento, e uma orientação sobre quando o doente se deve apresentar para avaliação médica, pode ser um pilar importante numa intervenção que vise estas mesmas questões.^[18]

Mas não são só os doentes que têm dificuldade em lidar diariamente com o MR. Apesar de ser um fenómeno documentado, prevalente e com um impacto bastante negativo no dia-a-dia de quem convive com ele, o número de intervenções específicas orientadas para o seu tratamento é ainda muito baixo.^[2] Sendo que 5 anos após o tratamento, 2/3 dos doentes são seguidos não pelo oncologista mas pelo médico responsável pelos seus cuidados primários, parece ser necessário uma maior formação, colaboração e comunicação entre todas as partes envolvidas.^[51] Aliás, a maioria dos profissionais de saúde que na sua prática clínica se veem confrontados com casos de pacientes com MR, demonstra interesse em ter formação específica para conseguir oferecer-lhes uma melhor resposta.^[2]

Actualmente, ainda não estão definidos critérios consensuais para avaliar clinicamente os níveis de MP ou MR, existindo uma enorme variedade de escalas e de métodos de avaliação, algumas com definições díspares, o que origina dúvidas quanto à forma mais correcta de abordar o problema, podendo também levar a que alguns casos passem despercebidos a alguns profissionais, não sendo diagnosticados.^[1, 21]

Este é um dos principais problemas relativamente ao MR – ainda não foi possível compreender na sua totalidade se os doentes com MP clinicamente relevante sofrem de uma manifestação de uma perturbação da ansiedade ou uma entidade independente, requerendo por isso uma intervenção terapêutica específica.^[6] Como tal, a maioria das opções terapêuticas que existem presentemente para o MR consistem em adaptações de métodos aplicados em doentes com perturbações da ansiedade.^[3] Existem alguns estudos que demonstraram uma associação ténue, mas positiva, entre patologias do foro psiquiátrico e MR, ou seja, doentes com diagnóstico prévio de uma ou mais patologias psiquiátricas apresentavam níveis mais elevados de MR; no entanto, a natureza e a extensão desta correlação ainda não são completamente claras: existem relatos de que níveis elevados de MP podem traduzir-se por sintomatologia que não é bem enquadrada nos critérios de diagnóstico actualmente existentes para perturbações da ansiedade.^[1]

A evidência actualmente disponível parece apontar para a necessidade de criar intervenções adaptáveis aos receios e às necessidades específicas de cada doente, usando as ferramentas adequadas. ^[20]

Opções Terapêuticas Disponíveis

Muitas opções terapêuticas têm sido exploradas, mais abrangentes relativamente ao cancro e não focadas apenas no MR, como grupos de apoio, terapia de grupo e individual, terapia cognitivo-comportamental ou educação do doente, com influências positivas a nível de resultados a curto prazo. ^[50]

No que diz respeito ao tratamento do MR em específico, os doentes podem utilizar diferentes técnicas de *coping* como tentativa de diminuir o impacto do MR no seu dia-a-dia. O *coping* pode ser definido como esforços cognitivos e comportamentais constantes, numa tentativa de lidar com exigências internas e/ou externas que o próprio indivíduo reconhece não ter as ferramentas necessárias para resolver. ^[7] Por exemplo, estratégias de *coping* voltadas para o humor diminuem o *stress*; já estratégias baseadas na negação e no distanciamento aumentam o mesmo a longo prazo e estratégias de *coping* centradas no evitamento têm mais MR. ^[8] Naturalmente, não podemos descuidar o papel importante que a personalidade do indivíduo assume também nesta questão; por exemplo, traços optimistas em doentes com cancro da mama estão associados a níveis mais baixos de *stress* e ansiedade. ^[8]

Outra proposta disponível actualmente para os doentes consiste na psicoterapia, com 58% a reportarem alterações positivas após, em média, 13 sessões de tratamento. ^[24] Também existe a opção de os doentes oncológicos poderem recorrer a terapias de grupo cognitivo-comportamentais ou cognitivo-existenciais, com benefícios comprovados para estes doentes a nível de *coping* e de *stress*; no entanto, estas terapias não enfocam o MR propriamente dito mas sim a doença como um todo. ^[33]

Novas Propostas Terapêuticas

Quais são então as novas perspectivas na abordagem ao MR? No estudo realizado em mulheres com cancro da mama ou do ovário, por Lebel, S. et al (2014), os autores criaram uma intervenção em grupo para pacientes com MR moderado a elevado, com enfoque em

melhorar as técnicas de *coping* inadequadas que estes doentes tendem a utilizar, bem como em reduzir o pensamento catastrófico, aplicando para isso alguns princípios de terapia cognitiva. Também aplicaram princípios de terapia existencial, para auxiliar os doentes a confrontar directamente assuntos como a morte, a incerteza do seu dia-a-dia, estilos de vida e objectivos futuros, tópicos que eles poderiam estar a evitar, ajudando-os a encontrar um objectivo e significado na sua vida. O modelo “em grupo” ajuda os doentes a perceber que não estão sozinhos nos problemas que enfrentam, que não são os únicos, podendo aprender com as experiências dos outros e sentindo-se valorizados quando a sua intervenção é capaz de ajudar o próximo. Após seis semanas, os níveis de MR diminuíram, bem como os níveis de incerteza e *stress* associados ao cancro, aumentando as estratégias de *coping* adequadas. No *follow-up* feito três meses depois, os níveis de MR mantiveram-se baixos. São resultados encorajadores, uma vez que os níveis de MR habitualmente não diminuem se não forem tratados. ^[4] Doze das mulheres que participaram neste estudo apontaram como factor positivo a intervenção ser realizada em grupo, diminuindo a sensação de isolamento social, dando-lhes esperança, fazendo-as sentir mais apoiadas e menos apreensivas sobre discutir este assunto, permitindo-lhes ainda aprender estratégias de *coping* de uma forma mais eficaz, através dos pares. ^[33]

Já o estudo realizado por De Vries, J. et al (2014) apresenta a ideia de introduzir estratégias de *coping* em fases mais precoces da doença, para prevenir problemas a longo prazo, uma vez que se os indivíduos utilizarem técnicas de *coping* adaptativas e se conseguirem recuperar alguma sensação de controlo face às adversidades da doença e a emoções negativas, têm menor probabilidade de virem a desenvolver MR. Este conceito pode vir a ser incorporado no desenvolvimento de futuras opções terapêuticas para o MR.

Lengacher, C.A. et al (2012) propõem a utilização de um programa de redução de *stress*, denominado *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), em mulheres com cancro da mama, como forma de reduzir o MR e a sintomatologia a este associado desde fadiga, perturbações de humor, ansiedade, depressão, bem como melhorar a qualidade de sono, tendo assim um impacto positivo na qualidade de vida destas doentes. No *follow-up* realizado dezoito meses após o tratamento ao cancro da mama, as doentes do grupo MBSR apresentavam uma melhoria face às do grupo de controlo no que diz respeito à fadiga, a perturbações do sono e de humor e à forma como estes interferiam com a qualidade de vida, o que é bastante relevante, visto que a fadiga é um dos sintomas mais frequentes e com grande peso na vida dos doentes oncológicos em geral.

Até ao momento, só foi publicado um estudo sobre intervenção de grupo focada no MP, em doentes oncológicos ou com artrite. Os doentes foram divididos entre terapia cognitiva comportamental genérica e terapia expressiva genérica, sendo que ambas foram eficazes em reduzir o MP, mas apenas nos doentes oncológicos. Os autores especulam que tal se deva pelas duas terapias abordarem a importância de os doentes se focarem nos seus medos e de adquirirem técnicas de *coping* mas tal ainda precisa de ser comprovado. Estes doentes estavam também inseridos em clínicas de reabilitação, com o apoio próximo de profissionais, o que pode condicionar estes resultados. ^[4, 5]

Akechi, T. et al (2014) propõem um programa de intervenção incorporando terapia de resolução de problemas como forma de reduzir os níveis de MR. Esta forma de terapia não lida directamente com o MR ou com a ansiedade propriamente dita sentida por estes doentes, mas sim com a resolução de problemas do quotidiano. Assim, o programa foi testado em 317 doentes do sexo feminino, com mais de 20 anos de idade, com o diagnóstico de cancro da mama e que actualmente se encontravam sem doença activa, após mastectomia parcial ou total, consideradas aptas para participar pelo seu oncologista. Avaliaram a forma como as suas capacidades de resolução de problemas tinham impacto nos níveis que apresentavam de MR, através de escalas específicas. Concluíram que estas capacidades têm um impacto positivo valorizável, propondo assim a criação de um programa que incorpore terapia de grupo, comportamental e de resolução de problemas, adaptado às necessidades específicas dos doentes oncológicos.

Herschbach, P. et al (2010) avaliaram e compararam duas intervenções de grupo de curta duração (quatro sessões) diferentes, em 174 doentes com níveis mínimos de MR, sendo a primeira (em 91 doentes) uma terapia cognitivo-comportamental, que foca especificamente o MR e a segunda (em 83 doentes) uma terapia de suporte-experiencial, que aborda tópicos e problemas referidos especificamente pelos doentes. Ambas apresentaram um efeito importante, mesmo a longo prazo, com a cognitivo-comportamental a oferecer mais benefícios aos doentes com doença activa, como metástases e recorrência do cancro.

CONCLUSÃO

O MR e o MP afectam uma miríade de doentes, em áreas muito diferentes da Medicina, por exemplo, desde a Oncologia à Reumatologia. Nos doentes oncológicos, foram reportadas taxas de prevalência de MR de 24% a 70%, com um impacto negativo a nível da qualidade de vida, com consequências biopsicossociais nefastas e que se evidenciam no dia-a-dia do doente, devido à elevada sobrecarga psicológica que representam.

Na lista de problemas que mais preocupam os doentes oncológicos, a falta de apoio e de orientação para lidar com o MR e com o MP ocupam os lugares de maior destaque. Assim, é necessário reconfigurar o *follow-up* que é actualmente oferecido aos doentes oncológicos, para ir de encontro com as necessidades apresentadas por estes, tentando arranjar opções terapêuticas mais adaptadas à realidade da doença, de cada indivíduo e do momento em que este o experiencia e desta forma aumentar a eficácia e a eficiência do sistema de cuidados de saúde. O médico assistente deve, então, adoptar uma postura mais pró-activa em relação a esta temática, abordando-a directamente no decorrer da consulta.

Nos doentes com cancro da próstata, têm sido citados problemas a nível cognitivo nos sobreviventes, que podem continuar presentes 3 a 5 anos após ter sido concluído o tratamento. Nas doentes com cancro da mama, o MR está mais associado a doentes com idade <45 anos, com filhos, com níveis elevados de sintomatologia resultante dos tratamentos oncológicos, traços ansiosos de personalidade e baixo apoio social ou familiar. O MR reflecte-se também na escolha feita pelas doentes a nível de tratamentos, o que se tem vindo a traduzir num aumento no número de mastectomias profiláticas contralaterais. Cada doente e cada doença apresentam características muito específicas, que se reflectem por sua vez na forma como cada indivíduo vivencia o MR. Não se pode, então, negligenciar as mesmas aquando da abordagem inicial do problema.

Estão a ser testadas novas propostas terapêuticas, com enfoque em técnicas diferentes, como, por exemplo, *coping*, terapia cognitiva, terapia comportamental, terapia existencial, terapia de resolução de problemas e *Mindfulness Based Stress Reduction*, assim como está a ser testado o impacto da terapia de grupo *versus* uma abordagem individual. Até ao momento, os resultados têm sido promissores e parecem favorecer o modelo “em grupo”. No entanto, ainda estão sujeitas a limitações e requerem mais investigação, como consequência da falta de consenso no tema já referida anteriormente. No futuro, de forma a optimizar as opções

terapêuticas, deverá fazer-se uma triagem dos doentes relativamente aos seus níveis de MR e, posteriormente, desenhar as intervenções terapêuticas a partir dos mesmos.

Com esta revisão concluiu-se que, apesar de ser um tema relevante e com grande expressão na população de doentes oncológicos, ainda não existe uma definição consensual de MR na comunidade científica, o que tem sido apontado como factor retardador à investigação nesta área. Urge, então, que se quebre esta barreira, de modo a permitir o desenvolvimento, a consolidação e a padronização da sua avaliação, bem como das opções terapêuticas a oferecer aos doentes.

AGRADECIMENTOS

Ao Director do Serviço de Psiquiatria, Exmo. Professor Doutor Daniel Sampaio.

Ao Professor Doutor António Barbosa, pela orientação e tempo dedicados. Por ter sido um óptimo professor e uma inspiração para a minha futura vida profissional.

Aos meus pais, irmã e avós, por todo o apoio incondicional que me deram durante estes 6 anos.

A todos que sempre estiveram e continuarão a estar presentes, mesmo à distância.

BIBLIOGRAFIA

1. Dinkel A. et al (2014) Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients, *Gen Hosp Psychiatry*.
2. Thewes, B. et al (2014) Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology* 23: 390–39.
3. Thewes, B. et al (2012) Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviours. *Support Care Cancer* (2012) 20: 2651–2659.
4. Lebel, S. et al (2014) Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *J Cancer Surviv* 8: 485–496.
5. Herschbach, P. et al (2010) Group psychotherapy of dysfunctional fear of progression in patients with chronic arthritis or cancer. *Psychother Psychosom*; 79(1): 31-8.
6. Thewes, B. et al (2012) Psychological morbidity and stress but not social factors influence level of fear of cancer recurrence in young women with early breast cancer: results of a cross-sectional study. *Psycho-Oncology* 22: 2797–2806.
7. De Vries, J. et al (2014) How breast cancer survivors cope with fear of recurrence: a focus group study. *Support Care Cancer*; 22: 705–712
8. Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Huggins, M.E. (2002) The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 11: 93–102.
9. Lengacher, C.A., Reich, R.R., Post-White, J. et al (2012) Mindfulness based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: an examination of symptoms and symptomclusters. *J Behav Med* 35(1): 86–94.

10. Direcção-Geral da Saúde (2014) Portugal – Doenças Oncológicas em números. ISSN: 2183-0746
11. Harrison, J. D. et al (2009) What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 17: 1117–1128.
12. Mehnert, A. et al (2013) Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: A prospective study. *Acta Oncologica*, 52: 1102–1109.
13. Salander, P. (2010) Motives that cancer patients in oncological care have for consulting a psychologist—an empirical study. *Psycho-Oncology* 19: 248–254
14. Eisenberg, S.A. et al (2014) Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, DOI: 10.1002/pon.3590.
15. Watson, E. et al (2015) Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *BJU Int*, DOI: 10.1111/bju.13122.
16. Bellizzi, K. M. et al (2008) Fear of Recurrence, Symptom Burden, and Health-Related Quality of Life in Men With Prostate Cancer. *Urology* 72: 1269–1273.
17. Hart, S. L. et al (2008) Fear of recurrence, treatment satisfaction, and quality of life after radical prostatectomy for prostate cancer. *Support Care Cancer* 16: 161–169.
18. Lebel, S. et al (2013) Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? *Support Care Cancer* 21: 901–906.
19. Willems, R. A. et al (2015) Cancer survivors in the first year after treatment: the prevalence and correlates of unmet needs in different domains. *Psycho-Oncology*, DOI: 10.1002/pon.3870.

20. Shim, E. J. et al (2010) Increased fear of progression in cancer patients with recurrence. *General Hospital Psychiatry* 32: 169–175.
21. Simard, S. et al (2013) Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 7: 300–322.
22. Koch, L. et al (2014) Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors - still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship - a multi-regional population based study. *Psycho-Oncology* 23: 547–554.
23. Dunn, L. B. et al (2015) Trajectories of fear of recurrence in women with breast cancer. *Support Care Cancer* 23: 2033–2043.
24. Dinkel, A. et al (2012) Determinants of Long-term Response to Group Therapy for Dysfunctional Fear of Progression in Chronic Diseases. *Behavioral Medicine*, 38: 1-5.
25. Keil, D. C. et al (2014) The impact of chronic obstructive pulmonary disease - Related fears on disease-specific disability. *Chronic Respiratory Disease*, Vol 11(1): 31–40.
26. Akechi, T. et al (2014) Contribution of problem-solving skills to fear of recurrence in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 145: 205–210.
27. Arès, I. et al (2014) The impact of motherhood on perceived stress, illness intrusiveness and fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors over time. *Psychology & Health*, 29: 6, 651-670.
28. Thewes, B. et al (2014) The Concerns About Recurrence Questionnaire: validation of a brief measure of fear of cancer recurrence amongst Danish and Australian breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*, DOI: 10.1007/s11764-014-0383-1.
29. Soran, A. et al (2013) Decision Making and Factors Influencing Long-term Satisfaction With Prophylactic Mastectomy in Women With Breast Cancer. *Am J Clin Oncol*.

30. Güth, U. et al (2012) Increasing rates of contralateral prophylactic mastectomy - A trend made in USA? *EJSO* 38: 296-301.
31. Custers, J. A. E. et al (2014) Selective Attention and Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Survivors. *Ann. Behav. Med.* DOI: 10.1007/s12160-014-9632-9.
32. Mehnert, A. et al (2009) Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 18: 1273–1280.
33. Maheu, C. et al (2014) Breast and ovarian cancer survivors' experience of participating in a cognitive-existential group intervention addressing fear of cancer recurrence. *European Journal of Oncology Nursing*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.12.003>.
34. Santin, O. et al (2015) Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2015.01.009>.
35. Berrett-Abebe, J. et al (2015) Exploring the Relationship Between Fear of Cancer Recurrence and Sleep Quality in Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33: 297-309.
36. Simard, S. & Savard, J. (2015) Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv.* DOI: 10.1007/s11764-015-0424-4.
37. Butow, P. et al (2014) Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.3659.
38. Zimmermann, T. et al (2011) Fear of Progression in Partners of Chronically Ill Patients. *Behavioral Medicine*, 37: 95-104.
39. Ozga, M. et al (2015) A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliative and Supportive Care*. DOI:10.1017/S1478951515000127.

40. Soran, A. et al (2014) Increasing trend of contralateral prophylactic mastectomy: What are the factors behind this phenomenon? *The Surgeon*, 1-7.
41. Custers, J. A. E. et al (2015) Fear of cancer recurrence in colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*. DOI: 10.1007/s00520-015-2808-4.
42. Dinkel, A. et al (2012) Determinants of Long-term Response to Group Therapy for Dysfunctional Fear of Progression in Chronic Diseases. *Behavioral Medicine*, 38: 1-5.
43. Champion, V. et al (2014) Comparison of Younger and Older Breast Cancer Survivors and Age-Matched Controls on Specific and Overall Quality of Life Domains. *Cancer*, 120: 2237-46.
44. Viver a Doença: Mulheres Jovens. Disponível em: <http://www.laco.pt/cancro-mama/viver-doenca/mulheres-jovens>. (Data da Consulta: 25/08/2015).
45. Armes, J. et al (2009) Patients' Supportive Care Needs Beyond the End of Cancer Treatment: A Prospective, Longitudinal Survey. *Journal of Clinical Oncology*, 27: 6172-6179.
46. Siedentopf, F. et al (2010) Experiences with a specific screening instrument to identify psychosocial support needs in breast cancer patients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 148: 166–171.
47. Glaser, A. W. et al (2013) Patient-reported outcomes of cancer survivors in England 1–5 years after diagnosis: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002317.
48. Aghdam, A. M. et al (2014) Fear of Cancer Recurrence and its Predictive Factors among Iranian Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*, 20: 128–133.
49. Butow, P. et al (2013) Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer*, 13: 201.

50. Herschbach, P. et al (2010) Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Support Care Cancer*, 18:471–479.
51. Kenyon, M., et al (2014) Late and Long-Term Effects of Breast Cancer Treatment and Surveillance Management for the General Practitioner. *JOGNN*, 43, 382-398.